

Gynekologisk helsetilstand hos et utvalg prostituerte i Oslo

Av

Marianne Ullestad Holme

Elsebeth Stenwig Li

04.03.2005

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	3
2. METODE	6
3. MATERIALE	7
4. ETISKE ASPEKTER	7
5. RESULTATER.....	8
6. DISKUSJON.....	11
7. LITTERATURHENVISNING.....	17

1. INNLEDNING

Hensikten med denne oppgaven er å kartlegge forekomsten av underlivsplager blant et utvalg prostituerte i Oslo.

Hypotesen er at prostituerte har en betydelig økt risiko for seksuelt overførbare sykdommer og andre underlivsplager.

Kartlegging av forekomsten er en del av et større prosjekt i regi av Olafiaklinikken, Pro Sentret og Rusmiddeletaten.

Prostituerte er i alle tider blitt beskyldt for å spre kjønnsykdommer. På 1800-tallet ble prostituerte i Christiania tvunget til undersøkelse hos politilegen.¹ Helserådet i Wien administrerer fremdeles et liknende system, der godkjente prostituerte må få stempel på at de går til ukentlige kontroller for seksuelt overførte infeksjoner for å beholde sin lisens.²

Pro Sentret ble etablert i 1983 og har sentralt beliggende lokaler i Tollbugaten. Som sosialt hjelpetiltak driver Pro Sentret blant annet:

- Varmestue. Her kan brukerne ta en pause og hvile litt, få mat og drikke, ha sosialt samvær, vaske klær, låne telefon, få gratis kondomer og glidekrem og så videre.
- Arbeid med enkeltpersoner. Utgangspunktet er den enkelte brukers ønske om råd og veiledning med hensyn til økonomiske, juridiske eller sosiale og helsemessige problemer. Ved ønske om endring av livssituasjon kan Pro Sentret bidra med sosionomhjelp og psykososial støtte.
- Oppsøkende arbeid i prostitusjonsmiljøer. Det dreier seg om kontaktetablering med hovedmålene helseopplysning og rådgivning. Særlig fokus på unge i prostitusjonen anses som spesielt viktig.
- Feltpleien – en helsestasjon opprettet av Rusmiddeletaten våren 1999 i Pro Sentrets lokaler. Dette er daglig sykepleietjeneste pluss lege en kveld i uken hvor man uten timebestilling kan få hjelp blant annet til sårbehandling og infeksjoner. Dette er siden utvidet til å omfatte tilbud om gynekologisk undersøkelse.

Som kompetansesenter har Pro Sentret landsdekkende veilednings- og kunnskapsformidlingsoppgaver til andre etater og instanser, blant annet om:

- Kvinnelig, mannlig og barneprostitusjon
- Årsaker og skadevirkninger til prostitusjon
- Gode metoder i sosialt arbeid med personer som prostituerer seg

- Senteret vektlegger forebygging og likestilling.

Pro Sentret definerer prostitusjon som følgende: ”Prostitusjon foreligger når minst to parter kjøper, respektivt selger seksuelle tjenester mot vederlag – noe som utgjør en forutsetning for den seksuelle tjenesten”. Pro Sentret opererer med 3500 prostituerte på landsbasis, og det er grunn til å tro at en høy andel jobber i Oslo uten at det finnes nøyaktige tall på dette.

Kvinnene opererer ut i fra to ulike arenaer. Det dreier seg om gateprostitusjon og innemarkedet, som er salg av sex på massasjeinstitutter, leiligheter og barer. Innemarkedet annonserer i stor grad sine tjenester.³

Andelen henvendelser til Pro Sentret fra utenlandske kvinner som selger seksuelle tjenester har økt kraftig de siste 3 årene, fra 19 % i 2001 til 62 % i 2004. Dette tilskrives økt trafficking. Definisjonen av trafficking er vid og tolkes i mange retninger, men trafficking forutsetter en viss grad av organisering, geografisk forflytning og den er knyttet til et utnyttingsforhold og/eller brudd på avtale.⁴

Kvinner fra Øst og Sentral Europa som opererer på sexmarkedet i Oslo er i stor grad avhengige av hjelp fra noen i nærmiljøet for å komme til Oslo og for å etablere seg i markedet. Den nåværende fordelingen av prostituerte synes å være ca 1/3 norske og 2/3 utenlandske. Av de utenlandske utgjør kvinner fra Thailand den største gruppen, men disse opererer primært på innemarkedet. Kvinner fra Øst og Sentral Europa utgjør 17 % av totalpopulasjonen fulgt av latinamerikanske kvinner.⁵ De to sistnevnte grupper jobber hovedsakelig på utendørsmarkedet, og det er stor turnover i gruppen da disse oppholder seg i landet på tre måneders turistvisum.

Det er et økende behov for medisinsk hjelp spesielt i gateprostitusjonen, men også hos kvinner som opererer via annonser og på massasjeinstitutter. En voksende andel av kvinnene er av utenlandsk herkomst og har derfor liten kontakt med det norske helse- og sosialapparat og liten kjennskap til egne rettigheter. Erfaringsmessig viser det seg at flere kvinner ikke evner å benytte seg av spesialiserte helsetilbud slik systemet er organisert i dag. Det viser seg at få prostituerte benytter seg av Olafiaklinikken selv om dette er et lavterskeltilbud og kvinnene vil bli prioritert i køen. Olafias statistikker viser dog forbausende lite seksuelt overførte infeksjoner i denne gruppen brukere. Det sees også svært lite smitte til kunder fra prostituerte i Oslo.⁶ Men det er usikkert om pasientene på Olafiaklinikken som oppgir å ha solgt sex er representative for prostituerte i Oslo.

For å nå denne sårbare gruppen ble det besluttet å opprette et særtilbud. Dermed ble det i august 2002 startet et gynekologiprojekt finansiert av Rusmiddeletaten og i samarbeid med Olafiaklinikken. Prosjektleder var Line Stubberud, nestleder ved Pro Sentret, og medisinsk ansvarlig professor dr. med Harald Moi, Olafiaklinikken. Hovedmålet for prosjektet er å gi de kvinnelige brukerne av Pro Sentret og Feltpleien et tilbud om legetjeneste spesielt med hensyn til underlivsplager og prevensjonsveiledning. Videre ønsker man å kartlegge underlivsproblemer hos brukerne samt gi mulighet for adekvat behandling, eventuelt henvise videre i behandlingssystemet.

Det er liten kjennskap til forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer og andre underlivsplager blant kvinner som prostituerer seg i Norge. Av tidligere undersøkelser på dette området er det kun gjort en intervjuundersøkelse av 20 prostituerte kvinner i Oslo angående helsetilstand og helsetjenestebruk (muntlig meddelelse Harald Moi). Her fremkommer det høy somatisk og mental morbiditet, spesielt forekomst av kjønnsykdommer som gonoré og klamydia, hyppig soppbesvær samt spesielt høy forekomst av salpingitt som kan tyde på underbehandling av seksuelt overførbare sykdommer. Alle som hadde seksuelt overførbart sykdom tilskrev kjønnsmitte ikke-betalende partnere. Det var påfallende forskjell i hyppighet av kondombruk ved seksuelt samvær med betalende og ikke-betalende partnere. I 1990-1991 ble det i Danmark utført en studie over seksuelt overførbare sykdommer blant 237 prostituerte kvinner i København som ett ledd i en multisenter studie gjennomført i ni europeiske land. Blant disse svarte 95 % av kvinnene at de alltid bruker kondom med kunde, mens andelen var 25 % og 9 % for henholdsvis tilfeldige og faste ikke-betalende partnere. De som oppgir å ha hatt minst én seksuelt overførbart sykdom over det siste året hadde flere ikke-betalende partnere enn de andre, og sykdomsfrekvensen var lavere blant de som alltid brukte kondom med ikke-betalende partnere. Forskjellen ligger altså i kondombruk med betalende og ikke-betalende partnere, og studien viste at smitterisikoen er knyttet opp til ikke-betalende partnere.⁷

Utover disse undersøkelsene eksisterer det lite systematisert kunnskap om helsetilstanden til prostituerte kvinner i Norge. Det finnes en mengde data om spesielt HIV-situasjonen, men også seksuelt overførbare sykdommer generelt, i en rekke ikke-vestlige land.⁸ Men disse resultatene synes vanskelig å kunne appliseres til norske forhold. Prevalensen av HIV i disse landene er betraktelig høyere samtidig som kunnskapsnivået er lavere og kondombruk mindre utbredt.

2. METODE

De gynekologiske undersøkelsene foregikk i Pro Senterets lokaler og ble drevet annenhver tirsdag fra kl 17 til kl 19.30 med en lege og en sykepleier til stede hver gang. Før selve undersøkelsen startet, ble det registrert personopplysninger, og brukerne fylte ut et spørreskjema. Pasientmottak (venterom, bistand med utfylling etc.) ble utført dels av Pro Senterets russisktalende "cultural mediator", dels av varmestuepersonalet. Skjemaene var omfattende, og i tilfeller der kvinnen var for ruset eller stresset ble undersøkelsen og behandling prioritert.

Pasientene ble registrert i Olafiaklinikkens journalsystem, og kopi av journalene ble oppbevart i eget arkiv i lokalene der undersøkelsen foregikk.

Et spørreskjema ble besvart av den enkelte ved oppmøte til undersøkelsen. Skjemaene ble utarbeidet som en tilpasning av Olafiaklinikkens standardiserte spørreskjemaer både i norsk og engelsk utgave. Skjemaet ble videreutviklet i løpet av prosjektet med enkelte mindre forandringer og fantes dermed i to varianter på begge språk. Skjemaene inneholdt bakgrunnsinformasjon som fødeland, bostedsadresse og utdanning samt seksualanamnese og bruk av stimulantia, tidligere sykdommer m.m. Spørreskjemaet sikret i motsetning til en tradisjonell journal at samme informasjon forelå fra deltakere i studien som fylte ut skjemaet.

Ved den gynekologiske undersøkelsen ble det rutinemessig tatt bakteriologiske prøver for klamydia og gonoré. Videre ble det tatt celleprøve fra cervix uteri, og det ble ved indikasjon gjort mikroskopi, pH- og snifftest for kontordagnostikk. I aktuelle tilfeller ble blodprøver undersøkt for hiv, lues og/eller hepatitt.

Oppgaven vår var å utføre den medisinske analysen av materialet. EPI-info 4.0 ble benyttet til statistiske beregninger av resultatene. For beregning av signifikante forskjeller er kji-kvadrat test brukt. Alle journalene ble grundig gjennomgått og spørreskjemaer og prøvesvar registrert i dataprogrammet av to personer uavhengig av hverandre, deretter ble registreringene sjekket opp mot hverandre og ved eventuell diskordans manuelt opp mot originaljournalen.

Da det var flere konsultasjoner totalt enn deltakere i studien, ble analysene av spørreskjemaene gjort kun for første konsultasjon for å unngå registrering av samme deltaker flere ganger. Derimot ble analysene av dataene fra selve journalarket, det vil si de gynekologiske undersøkelsene, utført for samtlige 111 konsultasjoner slik at alle diagnoser

ble fanget opp selv om en pasient var uten funn ved 1. gangs besøk (men ved et senere besøk fikk en diagnose)

Deltakerne i studien ble delt i to grupper ved analysen, norske og utenlandske, da det viste seg å være betydelige forskjeller mellom de to gruppene ved de fleste variabler. Deretter ble gruppene sammenliknet og forskjeller mellom de to gruppene ble testet for statistisk signifikans.

Innhenting av artikler for sammenlikning med eventuelle tilsvarende studier ble gjort gjennom søk i databasene Medline og PubMed samt i Tidsskrift for Den norske lægeforenings arkiv. Vi benyttet søkeord sexually transmitted disease, prostitutes, commercial sex worker og chlamydia.

3. MATERIALE

Deltakerne ble informert om tilbudet ved hjelp av annonsering på Pro Sentret og på varmestua, via Pro Sentrets oppsøkende arbeid på gata og innemarkedet samt via Feltpleien. Videre har kvinnene sannsynligvis informert hverandre om muligheten.

Fra prosjektets start i slutten av august 2002 til juli 2003 da analysene ble foretatt, hadde 81 kvinner benyttet seg av tilbudet, og det hadde i alt blitt gjennomført 111 konsultasjoner. Noen av kvinnene hadde altså hatt flere besøk, enten kontrollbesøk for prøvesvar, behov for hormonell prevensjon eller ny konsultasjon etter lengre tid. 3,7 % av kvinnene som ble undersøkt svarte ikke på spørreskjemaet mens det ved 26 % av konsultasjonene ikke ble utført gynekologisk undersøkelse.

Av materialet på totalt 81 var 40 % av kvinnene norske mens 60 % var av utenlandsk opprinnelse. Det fremgikk ikke spesifikt av spørreskjemaet ut i fra hvilken arena kvinnene opererte, men vi antar ut i fra oppgitt bostedsadresse at flesteparten gikk på gata mens en mindre del arbeidet fra leiligheter og massasjeinstitutter.

4. ETISKE ASPEKTER

Studien er en retrospektiv gjennomgang av journalene fra prosjektet, med en anonymisert forskningsbase. Prosjektansvarlige fra Pro-Sentret og Olafiaklinikken har samtykket til studien.

5. RESULTATER

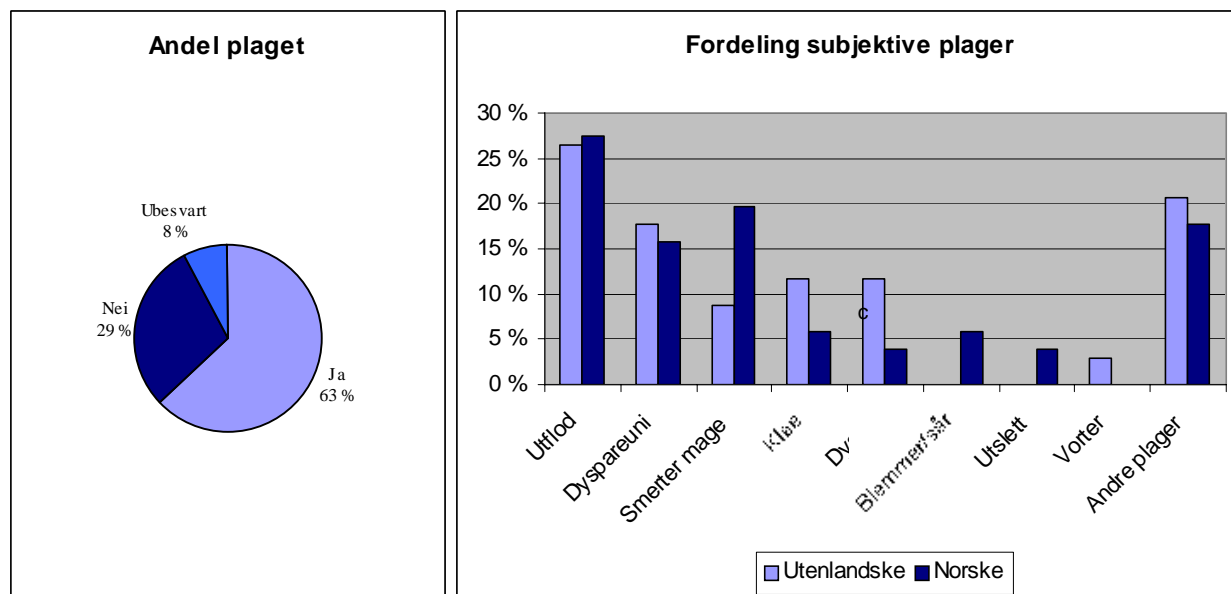
Vi har delt journalmaterialet i to; en norsk (32 kvinner) og en utenlandsk gruppe (49 kvinner) hvorav majoriteten kom fra Øst og Sentral Europa, Thailand og Den Dominikanske Republik, totalt 17 var nasjonaliteter representert.

Den utenlandske gruppen hadde en median alder på 24 år mot 31 år i norsk gruppe.

75 % av de norske oppga å ha brukt stoff, men kun 6,7 % av den utenlandske gruppen. Også røyking var langt hyppigere (97 %) i norsk gruppe enn i utenlandsk (50 %).

Overvekten av kvinnene i begge grupper (72 % norske, 58 % ikke norske) oppga at de hadde plager ved undersøkelsestidspunktet, men for kun halvparten av de norske og 1/3 av de utenlandske var dette årsaken til konsultasjonen. Over 50 % norske og ca 1/3 utenlandske oppsøkte Pro Sentret på grunn av egne plager som dermed ble vanligste årsak til besøk. ¼ norske og 1/3 utenlandske ønsket kun sjekk uten å ha tegn til sykdom.

De hyppigste plager syntes å være av irritativ karakter. De fleste oppga utflod, kløe og smerter som hyppigste symptomer. Nærmere bestemt var den utenlandske gruppen mer besværet av vulvovaginitt candida (VVC), mens man hos de norske hyppigere fant bakteriell vaginose (BV).



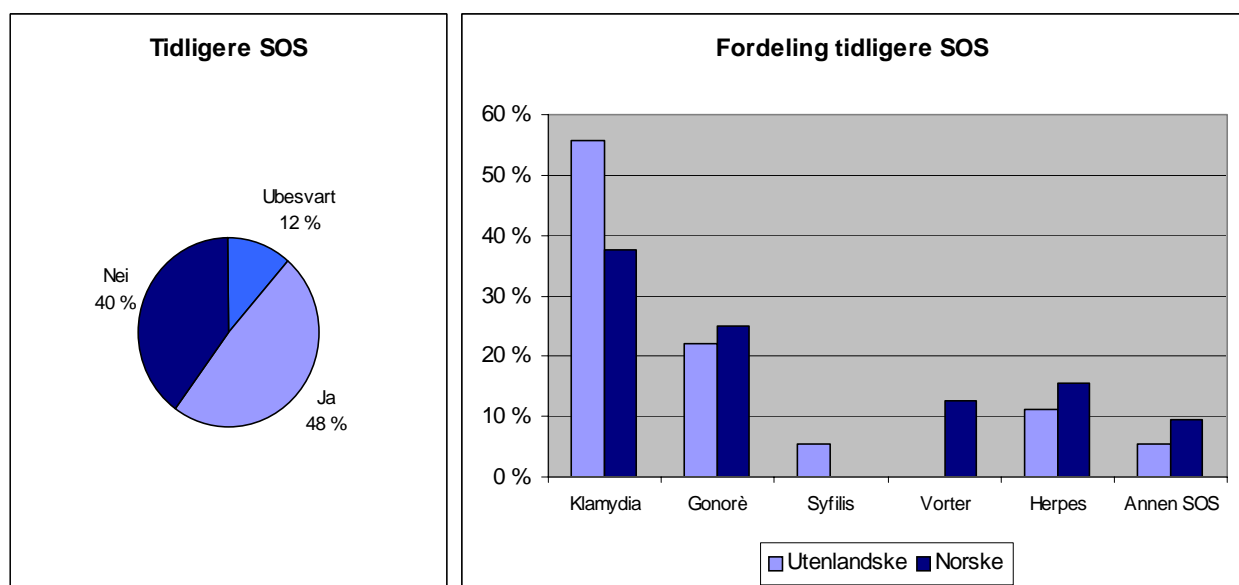
Over halvparten hadde i løpet av de siste seks måneder hatt sex med både kunder og kjæreste, og med fast partner var tilbøyeligheten til kondombruk lavere. Ca. 50 % oppga her at de ikke brukte kondom med kjæresten. 42 % utenlandske og 56 % norske oppga følge med fast

partner. 2\3 i begge grupper oppga å alltid bruke kondom med kunde. Den resterende tredjedelen hadde enten ikke besvart spørsmålet eller krysset av for ”nesten alltid”.

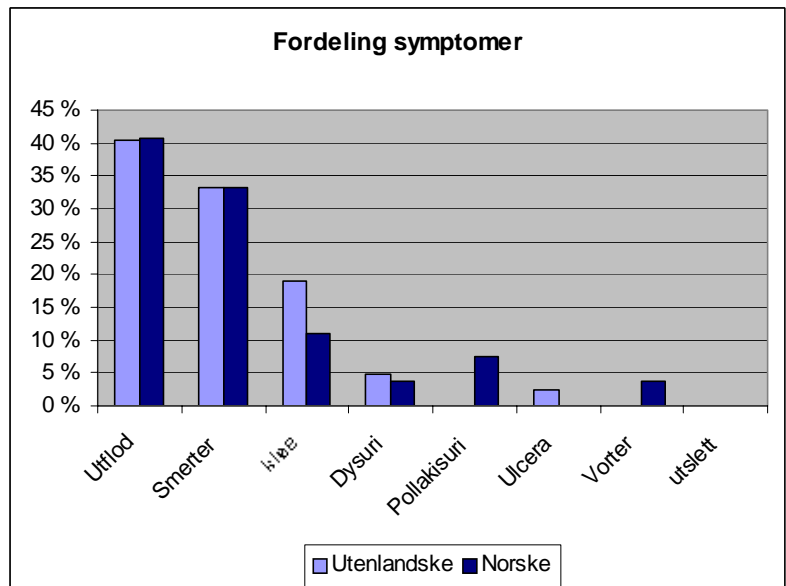
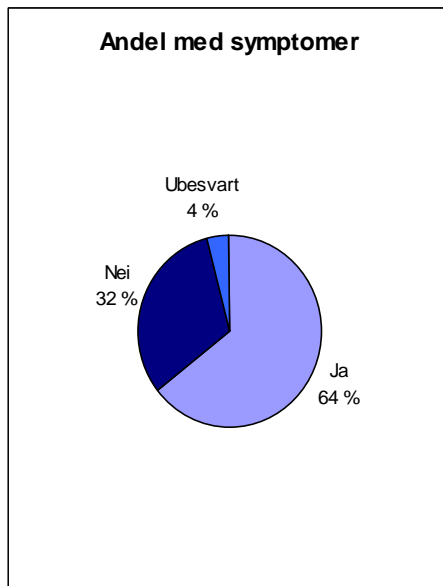
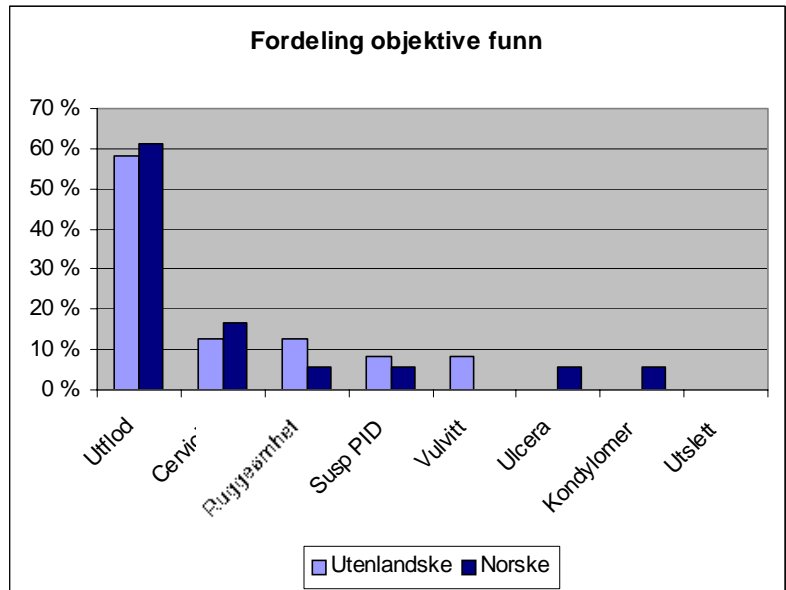
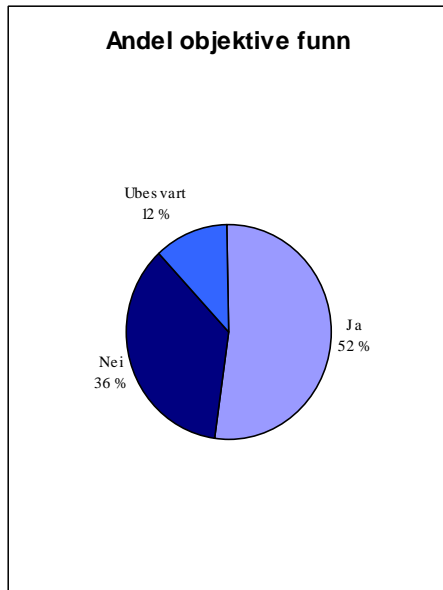
Det var statistisk signifikant forskjell ($p < 0,05$) i seksuell debutalder mellom de to gruppene. Median alder for de norske var 14,5 med spredning fra 6 til 19 år sammenliknet med 17,3 i utenlandsk gruppe hvor spredningen var fra 11 til 26 år. Dette faller nærmere gjennomsnittlig debutalder for jenter i Norge generelt som i dag er 16,4.

2/3 av de norske hadde hatt samleie før fylte 15 år. Prevalensen av tidligere kjønnssykdommer var 63 % av de norske mot 35 % utenlandske.

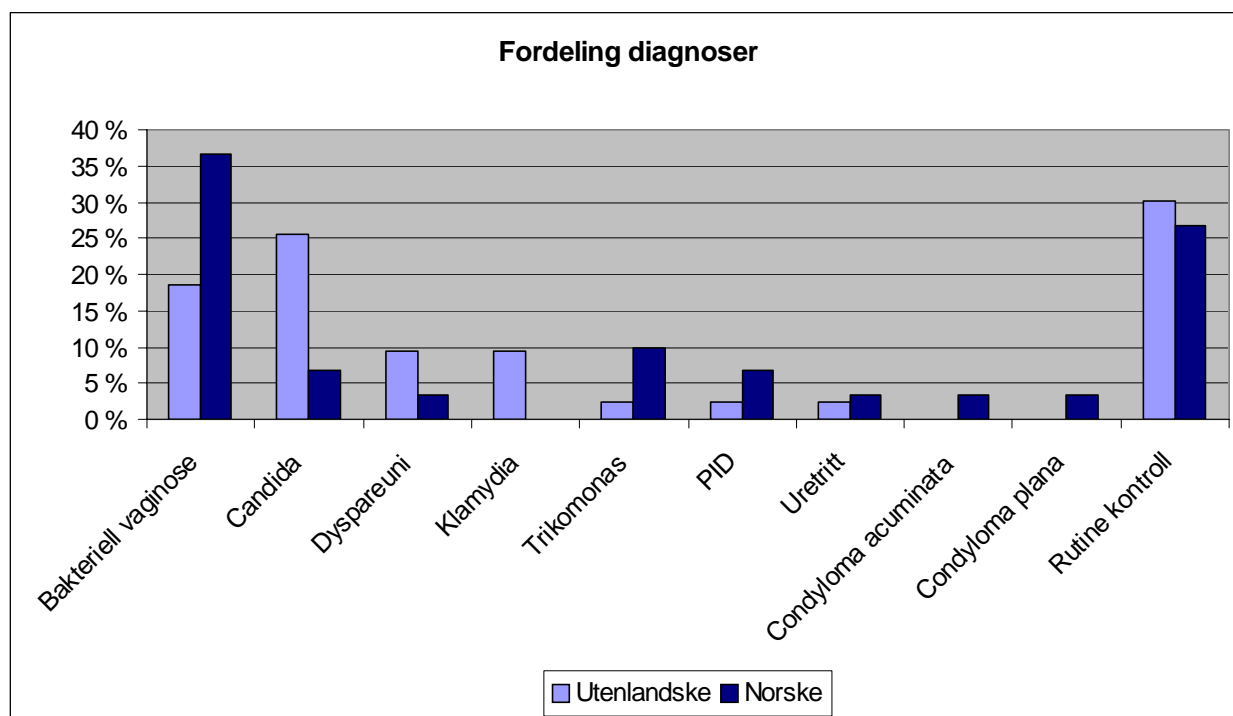
Av utenlandske som oppga å ha hatt en tidligere SOS var debutalder 16,1 år vs. 18,4 hos de som ikke hadde hatt SOS. I den norske gruppen var de tilsvarende tallene 13,7 og 15,9 år.



Utfloed var det hyppigste symptomet. Smerter, enten under samleie eller uspesifikt i magen eller underlivet forøvrig, var nest hyppigst. Av objektive funn fant vi igjen at utfloed var vanligst, fulgt av cervicitt.



Positive funn som lav pH og funn av pseudohyfer i kalitutstryk av vaginalsekret var spesielt hyppig blant de utenlandske. Dette ble gjenspeilet i diagnosefrekvensen av bakteriell vaginose som ble sett noe hyppigere hos norske, og vulvovaginit candida som oftest manifesterte seg hos utenlandske.



Av kvinnene som fikk utført gynekologisk undersøkelse fant vi en prevalens av bakteriell vaginose på 23 %. I vårt materiale finner vi 16 % med diagnosen vulvovaginitt candida. Klamydia var kun å finne i den utenlandske gruppen, mens kjønnsvorter kun var tilstede i den norske. Det ble også funnet noen flere tilfeller av trichomoniasis i den norske gruppen. Samlet sett var insidensen av seksuelt overførbare sykdommer i begge grupper lav.

6. DISKUSJON

Subjektive plager og kliniske funn

På spørsmål om egne underlivsplager eller ikke, svarte 72 % norske og 57 % utenlandske bekreftende. Vi ser at de vanligste plagene er endret utflod, smerter i underlivet eller ved samleie og kløe. Ved undersøkelse oppgir legene å finne endret utflod i 1 av 3 tilfeller og ruggeøym uterus i fire tilfeller. Plagene kan i stor grad attribueres til diagnosene som er satt, men det er likevel flere plager enn diagnosene dekker. Det kan derfor dreie seg om funksjonelle plager, somatisering eller rett og slett plager som følge av hyppig mekanisk påvirkning.

Diagnoser

Bakteriell vaginose-

Bakteriell vaginose er forårsaket av anaerobe bakterier som er en del av normalfloraen hos mange kvinner. Bakteriene får gode vekstvilkår hvis pH i skjeden er over 4,5 og laktobasillene forsvinner. Dette kan da gi kliniske symptomer med karakteristisk lukt og tyntflytende utflod. BV kan også gi en rekke komplikasjoner under graviditet og partus, og øker risikoen for bekkeninfeksjon

Diagnosen stilles ved positiv snifftest, pH over 4,5 og mikroskopi med funn av karakteristiske clue-celler, i tillegg til klinikk.¹⁹

Bakteriell vaginose er hyppigste årsak til unormal utflod. Prevalens er ca 10 % blant seksuelt aktive kvinner og 20-25 % hos de som søker lege på grunn av endret utflod.

Skjedekatarren er assosiert med tidlig seksuell debut, ny partner, hyppig seksuelt samvær og mange partnere.¹⁰ Skylling av skjeden synes å være en vanlig praksis blant de prostituerte (Trude Årnes, pers meddelelse). Vaginalskylling er en kjent risikofaktor for bakteriell vaginose.¹¹ Vi finner en betydelig overhyppighet av bakteriell vaginose i utvalget i forhold til seksuelt aktive kvinner generelt. Av kvinnene som fikk utført gynekologisk undersøkelse fant vi en prevalens av bakteriell vaginose på 23 %. Overhyppigheten kan relateres til alle nevnte risikofaktorer. Vi ser en viss gruppeforskjell med høyere forekomst blant de norske. Dette kan være tilfeldig, eller som følge av tidligere gjennomsnittlig debut alder og en høyere gjennomsnittsalder med flere seksualpartnere som konsekvens.

Vulvovaginitt candida-

Vulvovaginitt candida er forårsaket av gjærsoppen *Candida albicans* som også er en del av normalfloraen i skjeden. Soppen koloniserer vagina hos ca 20-30 % av symptomfrie kvinner, mens kun 5 % har symptomgivende vaginitt.¹² Oppblomstring av sopp er vanligere ved bruk av antibiotika systemisk eller lokalt, diabetes mellitus, samt hos immunsupprimerte og gravide. Videre kan mekanisk påvirkning av vevet trolig være utslagsgivende.

Mer enn halvparten av alle kvinner får sopp en eller annen gang i løpet av livet. Residiverende infeksjoner er vanlig. Kløe, svie og ”cottage cheese” utflod er hyppigste symptomer.

Diagnosen settes på kliniske funn, mikroskopi av kalilututstryk og pH under 3,5.

I vårt materiale finner vi 16 % med diagnosen vulvovaginitt candida. Dette er klart høyere enn i normalbefolkningen. Det er en viss gruppeforskjell, hvor de utenlandske oftere får sopp diagnose, mens de norske har en overhyppighet av bakteriell vaginose. Forskjellen kan være tilfeldig, eller tilskrives det faktum at sopp og bakteriell vaginose ikke opptrer samtidig. Den økte insidensen kan skyldes høy seksuell aktivitet og dermed mekanisk skade av vevet i

vagina. Vi har ingen indikasjon for å relatere den økte forekomsten av sopp til øvrige risikofaktorer.

Klamydia-

Klamydia er den vanligste seksuelt overførbare sykdommen i Norge med prevalens på 6,4 % av 250 000 prøver som tas i Norge årlig. Dette betyr ca 16 000 nye tilfeller i året,¹³ og infeksjonen har vist en svak økning i forekomst de siste årene. Klamydia infeksjon skyldes den gram negative intracellulære bakterien *Chlamydia trachomatis*. Lidelsen er vanligst hos seksuelt aktive kvinner i alderen 16-25 og hos menn under 30 år. Sykdommen forløper ofte symptomfritt, mindre enn 1/3 av kvinner og under halvparten av menn med klamydia har symptomer. Symptomfrie personer kan gå med infeksjonen lenge uten å vite om det og således smitte andre. Symptombigivende infeksjon kan vise seg både som uretritt og cervicitt. Dette kan gi mild dysuri, sparsom oftest mucopurulent cervical og uretral utflod, pollakisuri, lettblødende portio, samt smerter i nedre del av bekkenet. Ubehandlet cervical klamydia infeksjon kan ascendere og forårsake bekkenbetennelse, men kan også forløpe symptomfritt. I vårt materiale er det funnet 4 tilfeller av klamydia, det vil si 4,9 % av gruppen som helhet. Dette er altså lavere enn forekomsten både hos unge kvinner undersøkt ved Olafiaklinikken og prevalensen i alle prøver tatt i Norge 2003.. Selv om utvalget er begrenset, viser dette en lav infeksjonsfrekvens tross hyppig partnerskifte. Sannsynligvis er dette korrelert til utstrakt bruk av kondom med kunder. Samtlige tilfeller er i den utenlandske gruppen. Mulig årsaksfaktor til skjevfordelingen kan være alder- klamydia har høyeste forekomst blant yngre kvinner, trolig på grunn av hyppigere partnerskifte. Gjennomsnittsalderen i den utenlandske gruppen er betydelig lavere enn i norsk gruppe, og man kunne derfor forvente flere tilfeller i den yngste gruppen. Men grunnet arbeidets art som innebærer hyppig partnerskifte kan alder neppe brukes som en forklaringsmodell. Trolig er dette et tilfeldig funn da utvalget er lite og kondombruk både med kunde og fast partner er like utbredt i de to gruppene. Vi kan altså konkludere med at det må være lite klamydia både hos kunder og faste partnere i og med at forekomsten hos kvinnene totalt sett er lav.

Pelvic inflammatory disease (PID)-

Bekkeninfeksjon er en ascenderende infeksjon fra cervix eller uterus og skyldes i de fleste tilfeller *Chlamydia trachomatis* eller *Neisseria gonorrhoea*. Disponerende faktorer er hyppig partnerskifte, lav alder(under 25 år), spiralbruk og abortinngrep. Videre er det påvist en økt

forekomst blant kvinner med bakteriell vaginose, noe som kan skyldes endret cervicovaginalt miljø som letter ascendering av tilstedeværende patogene bakterier.

I materialet finner vi tre tilfeller, det vil si 3,7 % av mulig PID basert på funn av ruggeøym uterus. Mcmillan et al opererer med en insidens på 20 av 1000 i alderen 20 – 24 år, det vil si at vår gruppe har en økt forekomst i forhold til normalbefolkningen. Årsaker til dette kan igjen attribueres til hyppig partnerskifte og tilstedeværelse av bakteriell vaginose i tillegg til underbehandling av seksuell overførbar sykdom. Eneste mulige sammenligningsgrunnlag for en tilsvarende populasjon er Anne Eskilds intervju undersøkelse av 20 prostituerte kvinner i 1986-87. Her finner man en betydelig økt forekomst av PID, hele 50 % hadde tidligere hatt en eller flere egglederbetennelser, i gjennomsnitt 3,4 hver.

Trichomoniasis -

Trichomonas vaginalis er en protozo som overføres seksuelt. Sykdommen er vanlig i mange u-land, men sjelden i Norge i dag. Symptomene omfatter kløe, dysuri, utflod og ubehagelig lukt. Kolonisering uten symptomer forekommer hyppig.

I vårt materiale er det påvist totalt fire tilfeller av trichomonas, altså 5 % av populasjonen. Sammenlignet med 26 påviste tilfeller av ca 5000 undersøkte kvinner (0,5 %) ved Olafiaklinikken i løpet av 2002,¹⁴ viser dette en klart økt forekomst blant de prostituerte kvinnene i vårt materiale. Dette gjenspeiler igjen sannsynligvis forekomsten hos kunder og faste partnere.

Andre seksuelt overførbare sykdommer –

Av andre seksuelt overførbare sykdommer er det bare funnet to tilfeller av kjønnsvorter. Det var ingen positive dyrkninger av Neisseria gonorrhoea. Det ble ikke funnet noen tidlig syfilis.

HIV –

Det ble gjort HIV – test på 35 % av populasjonen, ingen med positivt prøvesvar. Kvinnene har generelt vært flinke til å teste seg, 90 % av de norske og 53 % av de utenlandske har tidligere blitt testet for HIV. Intensjonen var at samtlige deltakere i undersøkelsen skulle screenes for HIV, men i og med at det ikke er utført testing av mer enn 35 % er det vanskelig å trekke noen konklusjon med hensyn til utbredelsen av HIV i populasjonen. Men tatt hyppig partnerbytte i betraktning har gruppen økt risiko for HIV, spesielt den norske gruppen er sprøytenarkomane og dermed har ytterligere en risikofaktor.

Hepatitt -

Det ble kun rekvirert tre hepatitt prøver (to for hepatitt C og en for hepatitt B) av de norske, hvorav en testet positivt for HBVas. Imidlertid oppgir 56 % norske at de har testet positivt for hepatitt tidligere. Av disse har 22 % hatt hepatitt A, 61 % hepatitt B og 89 % har hepatitt C. Av de utenlandske ble det rekvirert 33 ulike hepatittprøver. Av de 20 kvinnene som ble testet var 10 % positive for HBVas og 5 % HAV IgG. 12 % oppgir å ha hatt hepatitt før med følgende fordeling. 17 % hepatitt A, 17 % hepatitt B og 33 % hepatitt C. Resten husker ikke hvilken type de har hatt.

Det er altså høyere andel norske som har hatt hepatitt enn utenlandske. Sannsynligvis skyldes dette at de har sprøytemisbruk og deling av sprøyter som sådan, som risikofaktor i tillegg til mange seksualpartnere. 75 % av de norske er sprøytenarkomane. Folkehelsas tall viser at 70 - 80 % av norske sprøytemisbrukere har positiv hepatitt C serologi. Det ble i fjor meldt 120 tilfeller av akutt hepatitt B blant sprøytenarkomane. Insidensen utgjør altså 1 % av estimer 12 000 norske sprøytemisbrukere. 77 ble meldt som kroniske bærere. Disse er i all hovedsak injiserende stoffmisbrukere.^{15,16}

Av de norske som oppgir å ha hatt hepatitt har 94 % satt stoff. Tilsvarende tall for de utenlandske er 1/6. Dette viser at de norske sannsynlig er blitt smittet gjennom deling av sprøyter, altså blodbåren smitte. Derimot kommer mange av de utenlandske fra høyendemiske land som Øst-Europa, Sørøst-Asia og Latin-Amerika, hvor smitekilden sannsynligvis er en annen, for eksempel seksuell omgang.

Tidligere seksuelt overførbare sykdommer –

Det er en betydelig forskjell på gruppene med hensyn til tidligere seksuelt overførbare sykdommer. I den norske gruppen har nesten dobbelt så stor andel (63 %) hatt seksuelt overførbart sykdom som i utenlandsk gruppe (35 %). Det kan være flere årsaker til dette. For det første er den norske gruppen i gjennomsnitt seks år eldre. Videre er seksuell debutalder 14,5 år mot 17,3 i utenlandsk gruppe. Hvis vi ekstrapolerer de norske som svarer positive for tidligere seksuelt overførbart sykdom er debutalder i denne gruppen 13,7 mot 15,9 i den delen som ikke har hatt venerisk sykdom. Sammenlignet med de utenlandske er tilsvarende tall 16,1 år versus 18,4. Det er altså over to år lavere debutalder hos de som svarer positivt. Dette underbygger påstanden om jo tidligere seksuell debut jo større risiko for seksuelt overførbart sykdom. Dette kan både være grunnet lengre periode med seksuell aktivitet og større sannsynlighet for høyere antall partnere. Sprøytemisbruk med tilhørende

livsstil er ytterligere en risikofaktor da rus svekker dømmekraft, oppmerksomhet og evne til grensesetting.

Det er umulig å avgjøre om kvinnen har pådratt seg venerisk sykdom i forbindelse med prostitusjon eller privat. Men vi ser at kondombruk ved jobb-sex er høy. 2/3 oppgir konsekvent bruk av kondom med kunde og den resterende tredjedelen har enten ikke besvart spørsmålet eller krysset av for ”nesten alltid”. Ingen av kvinnene i undersøkelsen krysset av for ”noen ganger”, ”sjelden” eller ”aldri” bruk av kondom i forbindelse med jobb-sex. Det er derfor grunn til å tro at sykdommene i de fleste tilfeller har blitt overført ved privat-sex..

I følge Pro Sentret markerer kondombruk for mange utenlandske kvinner, et skille mellom jobb-sex og privat-sex. 72 % av de utenlandske som har kjæreste bruker ikke kondom ved privat-sex. Tilsvarende tall for de norske er 78 %. Dette kan være med på å forklare forekomsten av venerisk sykdom tross utstrakt kondombruk med kunde. Det kan utover tidvis mangelfull kondombruk med kunder kanskje være grunn til å trekke kjærestens troskap i tvil. Blant annet er det kjent at en hallik ofte får kjærestefunksjon.

KONKLUSJON

Hypotesen vår om at prostituerte kvinner har en betydelig økt risiko for seksuelt overførbare sykdommer og andre underlivsplager kan delvis bekreftes og delvis avkreftes. Vi må her skille mellom seksuelt overførbare infeksjoner og andre underlivsplager. Med hensyn til infeksjoner finner vi i vårt tallmateriale ikke en økt risiko for smitte sammenlignet med insidensen i normalbefolkningen, for eksempel 4,9 % i utvalget vårt har positiv klamydiatest vs. 6,4 % positive tester av 250 000 prøver som årlig tas i Norge. For de øvrige seksuelt overførbare infeksjonene har vi ikke funnet en økt diagnosehyppighet, bortsett fra Trichomoniasis som overraskende nok var like hyppig som klamydia.

Hypotesen vår ble derimot bekreftet med tanke på økt hyppighet av underlivsplager i gruppen. Bakteriell vaginose ble diagnostisert over dobbelt så hyppig som hos seksuelt aktive kvinner generelt og vulvovaginitt candida ble funnet over tre ganger så hyppig. I tillegg finner vi at en stor andel av kvinnene selv oppgir å ha underlivsplager i form av endret utflod og underlivssmerter. Den endrede utfloden kan stort sett tilskrives de ikke-infeksiøse tilstandene. Smertetilstandene kan delvis forklares ut fra funksjonelle plager og somatisering samt stor mekanisk påvirkning.

Den lave infeksjonsraten kan tilskrives hyppig bruk av kondom med kunder.

7. REFERANSER

1. Inger-Johanne Barth. Historien om horene. Pro Senteret (1998)
2. Stary A, Kopp W, Soltz-Szots J. Medical care for Viennese prostitutes. Sex Transm Dis 1991;18:159-65.
3. Liv Jessen. Innledninger fra Pro Senterets jubileumskonferanse. Pro Senteret (1998)
4. Årsrapport. Pro Senteret (2002)
5. Likestillingssenteret. Internasjonal prostitusjon og handel med kvinner.
<http://www.likestilling.no>
6. Brunovskis A., Tyldum G. Crossing borders, an empirical study on transnational prostitution and trafficking in human beings. Fafo-report 426.
7. Eskild A. Helsetilstand og helsetjenesteburk i et utvalg prostituerte kvinner i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 1614-7.
8. Alary M, Worm AM, Kvinesdal B. Risk behaviors for HIV infection and sexually transmitted disease among female sex workers from Copenhagen. Int J STD AIDS. 1994; 5:365-7
9. Day S, Ward H. Sex workers and the control of sexually transmitted disease. Genitourinary Medicine Vol 73, I 3, June 1997, Pages 161-168.
10. Amsel et al. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and epidemiologic associations. Am J Med 1983;74:14-22
11. Larsson et al, Int J STD AIDS 1991;2:362-364
12. Chiaffarino F, Parazzini F, De Besi P, Lavezzari M. Risk factors for bacterial vaginosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004;117:222-6.
13. www.msis.no
14. Årsrapport Olafiaklinikken 2003
15. www.folkehelsa.no
16. Bretteville-Jensen Anne Line. Kjønnforskjeller i bruksmønster og helse blant intravenøse heroinmisbrukere i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 192-4

Lower genital tract infection amongst a selection of female sex workers in Oslo.

Objective: To determine the prevalence of lower genital tract infection and genital complains among a selection of female sex workers in Oslo.

Background: Pro Senteret and Olafiaklinikken have cooperated to give female sex workers adequate healthcare regarding pelvic examinations and birth control. Once every second week the women were offered pelvic exams free of charge and the opportunity to speak to a doctor at Pro Senterets locations.

Methods: At each consultation the women was asked to fill in a questionnaire containing information about social background, use of condoms, current symptoms, previous sexually transmitted diseases and use of narcotics. The physician filled in a standardized form containing patient history, clinical findings and concluded with a diagnosis. Using these files we entered the data into the statistical data analysis program EpiInfo and analyzed the processed data.

Materials: Included in the study were 81 women with a total of 111 consultations. 40% of the women were Norwegian, the remaining were mainly represented by Eastern Europe, Thailand and the Dominican Republic.

Results: 72 % Norwegian and 57 % non-Norwegians reported pelvic discomfort in regards to altered discharge and pelvic pain. These findings were mainly reflected by the rate of diagnosis of both bacterial vaginosis (23 %) and vaginal candidiasis (16 %).

4.9 % were diagnosed with Chlamydia, and just as many with Trichomonas. Other sexually transmitted diseases carried a low prevalence. 2/3 consequently used condoms with clients and the remaining third did either not answered the question or answered “almost always”.

Conclusions: The female sex workers are generally quite healthy with a low infection rate. This is mainly due to the fact of substantial condom usage. Chlamydia, the most common sexually transmitted disease (STD), is less frequent than in the general population tested in Norway. The only STD that shows an increased prevalence in our material is Trichomoniasis. Despite the low infection rate, the women are troubled by pelvic discomfort, bacterial vaginosis and vaginal candidiasis. These findings are more a consequence of a vast repertoire of partners and frequent sex.